

Uitspraak: 13 juni 2022

**HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
TE 'S-HERTOGENBOSCH**

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 4 augustus 2021 ingekomen klacht van:

[A] en [B]
woonachtig te [C]
klagers
gemachtigde mr. M.A. Smits te Nijmegen

tegen:

[D]
arts, destijds BIG-geregistreerd als gynaecoloog
destijds werkzaam te Utrecht
verweerder
gemachtigde mr. A.C.I.J. Hiddinga te Amsterdam

1. Samenvatting van de beslissing

Toen klaagster ruim 39 weken zwanger was van haar tweede kind, is ze in het ziekenhuis opgenomen omdat zij ging bevallen. Tijdens de bevalling trad een uterusruptuur (scheuring van de baarmoeder) op. Daarom is een superspoedkeizersnede verricht, waarbij de zoon van klagers is geboren. Doordat baarmoeder van klaagster was gescheurd en de placenta had losgelaten, is ernstig zuurstoftekort bij de zoon ontstaan. De zoon is enkele dagen na de geboorte overleden. Het college oordeelt dat de klacht tegen deze verweerder gedeeltelijk gegrond is. Hieronder legt het college uit hoe het tot deze beslissing is gekomen.

2. Het verloop van de procedure

H2021/3330

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met bijlagen
- het verweerschrift met bijlagen
- de CTG-registratie van 7 november 2015
- de pleitnotitie van de gemachtigde van klagers, overhandigd ter zitting.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van het aangeboden mondelinge vooronderzoek.

De klacht is ter openbare zitting van 13 april 2022 behandeld, gelijktijdig met de klachten tegen de bij de bevalling betrokken gynaecoloog (H2021/3331) en tegen de betrokken ANIOS (H2021/3332). Partijen waren aanwezig, bijgestaan door hun gemachtigden.

3. De feiten

3.1 Medio oktober 2015 is klaagster door haar eerstelijns verloskundige verwezen naar het ziekenhuis voor een klinische bevalling, omdat zij eerder met een geplande sectio caesarea (keizersnede) was bevallen van een dochter. Klaagster was toen ruim 36 weken zwanger.

3.2 Op 14 oktober 2015 hadden klagers een voorlichtingsgesprek met een intakeverpleegkundige. Aansluitend daarop hadden zij een counselgesprek met verweerder (hierna ook: ‘de gynaecoloog’), die echoscopisch onderzoek bij klaagster verrichtte en daarbij geen bijzonderheden zag. In het medisch dossier van klaagster heeft verweerder die dag het volgende genoteerd (alle citaten zijn inclusief typ- en taalfouten):

“Mi litteken uterus

[initialen verweerder] 14/10 B/proefbaring na counseling

14/10 overname 1^e lijn [plaatsnaam] ivm sc CIG ia

wil laagdrempelig pijnstilling”.

3.3 De volgende poliklinische controle bij verweerder was op 28 oktober 2015.

Verweerder maakte een controle-echo en constateerde daarbij geen bijzonderheden. Daarna is verweerder niet meer bij de zorg voor klaagster betrokken geweest.

3.4 Op 5 november 2015 zag een collega-gynaecoloog (tegen wie onder zaaknummer H2021/3331 een klacht is ingediend, hierna: ‘de collega-gynaecoloog’) klaagster voor het eerst op het poliklinisch spreekuur. De collega-gynaecoloog, tevens hoofdbehandelaar, maakte een echo, waarop zij geen bijzonderheden constateerde. Op 6 november 2015 (bij een

H2021/3330

zwangerschap van 39 weken + 5 dagen) werd klaagster rond 9.00 uur op de triage van het ziekenhuis gezien omdat zij regelmatige buikpijn had. Klaagster werd lichamelijk onderzocht en er werd een cardiotocogram-registratie (CTG, hartslagregistratie van de baby) gemaakt. Klaagster had nog geen ontsluiting, werd niet in partu verklaard en mocht weer naar huis. Bij thuiskomst rond 17.15 uur braken klaagsters vliezen. Klagers zijn toen weer naar het ziekenhuis gegaan, waar klaagster in de kraamsuite werd opgenomen. In het medisch dossier is genoteerd dat klaagster vaginaal wilde bevallen.

3.5 Om 20.00 uur werd klaagster beoordeeld door een verloskundige (hierna: ‘de avondverloskundige’), die 2 centimeter ontsluiting constateerde. Klaagster was nu wel in partu. Klaagster had last van de weeën en vroeg daarom om een ruggenprik. De avondverloskundige besprak de voor- en nadelen van een ruggenprik met klagers. De avondverloskundige heeft de wens van klaagster met de dienstdoende arts-assistent gynaecologie overlegd, die daarvoor akkoord gaf, mits ook het nadeel (het niet voelen van een uterusruptuur (baarmoederscheuring)) werd besproken.

3.6 Tussen 20.41 en 21.00 uur was sprake van bradycardie (daling van de hartslagfrequentie van de baby) en werd een daling van de bloeddruk bij klaagster gezien. Om 20.53 uur werd de hartactie van de baby weer als normaal beoordeeld. Ook het CTG was weer normaal. Op dat moment werd er een ‘event stijging’ van 0,06 op de STAN-registratie (ST-analyse voor het signaleren van mogelijk zuurstoftekort bij de baby) gezien, die door de avondverloskundige als insignificant werd beoordeeld. Klaagster had bij de beoordeling om 22.15 uur 5 centimeter ontsluiting.

3.7 Rond 22.30 uur droeg de arts-assistent gynaecologie haar avonddienst over aan de arts-assistent niet in opleiding tot specialist (tegen wie een klacht is ingediend onder zaaknummer H2021/3332, hierna: ‘de ANIOS’), die de nachtdienst deed. De avondverpleegkundige gaf het STAN-event om 23.17 uur door aan de avondverloskundige. Hierna heeft de avondverpleegkundige haar dienst aan de nachtverpleegkundige (tegen wie een klacht is ingediend onder zaaknummer H2021/3334, hierna ‘de verpleegkundige’) overgedragen. Het CTG was om 23.56 uur normaal en de tocografie (weeënregistratie) gaf 3 weeën per 10 minuten aan, waarna de avondverloskundige haar dienst overdroeg aan de nachtverloskundige (tegen wie een klacht is ingediend onder zaaknummer H2021/3333,

hierna ‘de verloskundige’).

3.8 De verloskundige heeft klaagster iets na middernacht onderzocht. Omdat klaagster nog steeds 5 cm ontsluiting had, heeft de verloskundige haar baarmoedermond gestript en aan de ANIOS voorgesteld om te starten met medicatie voor stimulatie van de weeën (Syntocinon). De ANIOS heeft dit met de collega-gynaecoloog overlegd en afgesproken dat gestart kon worden met bij-stimulatie, op te hogen volgens protocol tot de weeën voldoende frequent zouden zijn, als er een goede progressie was en de foetale conditie goed was. Toen om 01.12 uur bleek dat dit nog weinig effect had, heeft de verpleegkundige de dosering opgehoogd.

3.9 Tussen 01.22 en 01.27 uur toonde het CTG abnormale afwijkingen, met enkele gecompliceerde deceleraties. Klaagster had pijn in haar blaas(streek), waarna zij op haar zij werd gelegd. Bij de controle om 01.33 uur normaliseerde het CTG. Om 03.03 uur werd een diepe deceleratie gezien, die niet herstelde. Bij inwendig onderzoek constateerde de verloskundige nog geen volledige ontsluiting.

3.10 Bij aankomst om 03.06 uur, heeft de ANIOS de bij-stimulatie gestopt en is zij gestart met weeënremmende medicatie. Daarna heeft de ANIOS de collega-gynaecoloog gebeld en gevraagd direct te komen in verband met persisterende bradycardie met frequenties tussen de 80 tot 100 slagen per minuut, met uitschieters naar 60. De collega-gynaecoloog kwam direct naar het ziekenhuis voor een spoedkeizersnede. De ANIOS heeft klagers op de hoogte gebracht van de acute verslechtering van het CTG en de noodzaak van een spoedkeizersnede.

3.11 Vanwege het zeer slechte CTG en drie significante STAN-events, besloten de ANIOS en de verloskundige om 03.23 uur dat sprake was van foetale nood en hebben zij het sein gegeven voor een superspoedkeizersnede. Vanwege de slechte conditie van de baby zijn de collega-gynaecoloog en de ANIOS direct en zonder time out-procedure begonnen met de keizersnede. De baarmoederwand bleek te zijn gescheurd. Een hand en een schouder van de baby lagen in de buik. Om 03.38 uur is [E], de zoon van klagers (hierna: ‘de zoon’), geboren.

3.12 De zoon had een zeer slechte start en werd direct door de gynaecoloog overgedragen aan de kinderarts, die hem heeft gereanimeerd en geïntubeerd. In het medisch dossier is onder andere het volgende genoteerd:

“Apgar score 0/0/4. Navelstrenggassen pHA6.60 BE-24.5 pHv6.71 Be-23.0, TBV 400 cc”.

Vervolgens is de zoon vanwege perinatale asfyxie (zuurstoftekort tijdens de geboorte) op de neonatologie afdeling van het ziekenhuis opgenomen.

3.13 Om 05.00 uur hebben klagers gesproken met de collega-gynaecoloog en de verloskundige. Klagers hebben daarbij aangegeven dat zij het niet eens waren met een (in eerste instantie) vaginale baring na een eerdere keizersnede.

3.14 In overleg met klagers werd besloten om de zoon vanwege de perinatale asfyxie over te plaatsen naar een ander ziekenhuis met een Neonatale Intensive Care Unit (NICU) (hierna: 'het tweede ziekenhuis'). De zoon en klaagster zijn nog diezelfde nacht overgeplaatst. De zoon bleek een zeer slechte prognose te hebben. Op de MRI werden veel afwijkingen gezien, passend bij acute asfyxie. Ook had de zoon last van convulsies. Op 9 november 2015 hebben klagers, in overleg met de behandelaren in het tweede ziekenhuis, besloten af te zien van verdere behandeling van hun zoon. Om 20.15 uur is de zoon overleden.

3.15 Op 12 november 2015 is het beloop van de bevalling als 'complicatie perinatale sterfte' bij de raad van bestuur van het ziekenhuis gemeld. Naar aanleiding daarvan heeft het bestuur de Calamiteiten Onderzoeksgroep (COG) van het ziekenhuis opdracht gegeven de gebeurtenissen te onderzoeken. Diezelfde dag is het beloop als mogelijke calamiteit bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (nu: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, hierna: 'de inspectie') gemeld. In het kader van het calamiteiten-/Prisma-onderzoek door de COG zijn onder anderen klagers, verweerder, de collega-gynaecoloog, de ANIOS, de verloskundige en de verpleegkundige geïnterviewd. Daarnaast heeft extern deskundigenonderzoek plaatsgevonden. De definitieve rapportage van het onderzoek was op 22 februari 2016 gereed.

3.16 Op 27 november 2015 heeft verweerder klagers een brief gestuurd om zijn medeleven te tonen. De collega-gynaecoloog en verpleegkundige hebben klagers een kaartje gestuurd, dat door klagers werd geretourneerd. Op 13 januari 2016 heeft verweerder een nagesprek gehad met klagers.

3.17 Klagers hebben het ziekenhuis civielrechtelijk aansprakelijk gesteld en er heeft een mediationtraject tussen klagers en (de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar van het ziekenhuis) plaatsgevonden. Dit heeft geleid tot een erkenning van aansprakelijkheid en het

betalen van een schadevergoeding. Op 2 augustus 2021 hebben klagers bij dit tuchtcollege een klacht tegen verweerder en vier andere betrokken zorgverleners ingediend.

4. De klacht

4.1 Klagers verwijten verweerder:

- 1) dat hij geen tot onvoldoende voorlichting heeft gegeven over de voor- en nadelen en de verschillende risico's van een vaginale bevalling versus een primaire keizersnede, waardoor geen sprake is geweest van informed consent. De keuze voor een vaginale bevalling kwam van de gynaecoloog, niet van de voldoende geïnformeerde patiënte;
- 2) dat er door hem volstrekt onvoldoende in het dossier is vastgelegd wat er tijdens de consulten is besproken;
- 3) dat hij geen bevallingsplan heeft opgesteld samen met klagers.

4.2 Daarnaast zijn er verwijten van organisatorische aard:

- A. er is sprake van een onvoldoende inwerkprogramma of onderwijs om mogelijk gecompliceerde CTG's en risico's te laten herkennen door arts-assistenten en/of klinisch of tweedelijns verloskundigen;
- B. het COG-rapport stelt vast, dat de afspraak om de achterwacht te bellen ontoereikend is;
- C. er waren geen afspraken over hoe lang een suboptimaal CTG-beeld alsmede suboptimale registratie van uterus-activiteit geaccepteerd mogen worden voordat de directe beoordelaars geacht werden de achterwacht te bellen;
- D. er is onvoldoende scoringssystematiek vastgelegd conform de onaangepaste FIGO-classificatie voor het beschrijven van een CTG om een beginnende ruptuur te herkennen;
- E. er was geen afspraak om differentiaal diagnoses te maken of dito overwegingen van de op zich wel gevonden afwijkingen in combinatie met feiten als geen tot slechte weeën-registratie, een niet-normaal CTG en dat er gestript was;
- F. het nachtelijke scenario is niet getest, zodat vermijdbare vertragingen er vooraf uit georganiseerd hadden kunnen worden;
- G. er is geen duidelijke informatie over de gewenste of maximale duur van een vaginale bevalling en wanneer die tijdsduur start. Er ontbrak ook schriftelijke of digitaal makkelijk toegankelijk informatiemateriaal van dit ziekenhuis;

- H. het was mogelijk om het digitale dossier achteraf te veranderen;
- I. het is onaanvaardbaar met het oog op een zo'n objectief mogelijk proces van waarheidsvinding dat een volledig dossier vertraagd en in delen aan klagers werd toegestuurd;
- J. er behoorde een norm te zijn dat het niet is toegestaan om met iemand anders inloggegevens het dossier te wijzigen zonder dat dit kenbaar is.

5. Het standpunt van verweerder

5.1 Verweerder heeft klagers tijdens de afspraak op 14 oktober 2015 informatie gegeven over de kansen en risico's van een bevalling na eerdere keizersnede, zoals hij dat gewend was te doen. Verweerder heeft verteld dat er een kans is van 80% op een geslaagde vaginale bevalling. Ook vermeldde verweerder altijd dat er een kans is van ongeveer 1% dat het litteken van de eerdere keizersnede open gaat bij eigen weeën. Als dat gebeurt, is de kans op ernstige complicaties bij het kind ongeveer 10%.

5.2 Mede omdat klaagster tijdens de kraamperiode na de keizersnede veel last had gehad van pijn aan het litteken, stemde zij in met een vaginale bevalling. Verweerder is van mening dat hem niet kan worden verweten dat hij de mogelijkheid van een 'repeat sectio' niet heeft besproken. Een vaginale bevalling leek hem verantwoord beleid en dat wordt bevestigd door de Richtlijn van de NVOG 'Zwangerschap en bevalling na een voorgaande keizersnede' van 4 juni 2010 (hierna 'de NVOG-richtlijn').

5.3 De NVOG-richtlijn geeft ook aan dat er schriftelijke informatie moet worden meegegeven. In de richtlijn staat echter niet welke informatie daarin moet worden opgenomen. Verweerder heeft geen schriftelijke informatie meegegeven omdat deze destijds niet beschikbaar was op de polikliniek. Verweerder betreurt dit en wijst erop dat de organisatie zodanig is aangepast dat nu bij een intake in geval van een eerdere keizersnede, schriftelijke informatie wordt meegegeven en een keuzewijzer wordt ingevuld.

5.4 Bij een zwangerschapsduur van 36 weken heeft verweerder de beslissing van klaagster vastgelegd in het dossier. Daarmee is voldaan aan de NVOG-richtlijn. Wel realiseert verweerder zich dat het beter was geweest als hij in het medisch dossier meer had genoteerd over de door hem gegeven informatie. Het kan verweerder niet worden verweten dat hij geen

bevallingsplan heeft opgesteld, aangezien dat niet tot zijn taken behoort.

5.5 Verweerder heeft ten slotte verweer gevoerd met betrekking tot de verwijten van organisatorische aard.

6. De overwegingen van het college

6.1 Het overlijden van de zoon van klagers is een tragische gebeurtenis. Ter zitting heeft het college stilgestaan bij het verdriet van klagers over het verlies van hun zoon. Het college heeft aangegeven tevens oog te hebben voor de impact die het overlijden op verweerder heeft gehad. Door partijen is met respect voor elkaar en elkaars gevoelens gesproken.

Toetsingskader van de klacht

6.2 Op grond van de artikelen 7:448 en 7:454 van het Burgerlijk Wetboek (BW) rust op een arts respectievelijk een informatieplicht en een dossierplicht.

6.3 Op grond van artikel 7:454 BW is de arts verplicht om een medisch dossier in te richten met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Daarin dient hij onder meer aantekening te houden van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de uitgevoerde verrichtingen, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan de patiënt noodzakelijk is.

6.4 Op grond van artikel 7:448 BW is de arts verplicht om de patiënt op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk, in te lichten over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt.

6.5 In 2015 was in aanvulling daarop de KNMG-richtlijn ‘Omgaan met medische gegevens’ uit 2010 (hierna: ‘de KNMG-richtlijn’) van kracht, waarin ten aanzien van de dossierplicht en de informatieplicht het volgende was opgenomen:

“Als een arts een onderzoek of behandeling bij een patiënt wil uitvoeren, moet hij de patiënt op een begrijpelijke wijze informeren en tijdig met hem overleggen over:

- a. wat de aard en het doel zijn van de behandeling;*
- b. welke risico’s aan de behandeling of aan niet behandelen verbonden zijn;*
- c. welke alternatieven, al dan niet uitgevoerd door andere hulpverleners, mogelijk zijn;*

- d. *wat de diagnose en prognose zijn voor de patiënt;*
- e. *wat de uitvoeringstermijn en verwachte tijdsduur van de behandeling zijn.*

De arts vraagt tijdens het overleg naar de situatie en behoeften van de patiënt en nodigt de patiënt uit om vragen te stellen. De patiënt kan op basis van de verstrekte informatie besluiten om al dan niet toestemming te geven voor de behandeling. Dit noemen we ‘informed consent’.”

6.6 Tot slot was (en is) in de NVOG-richtlijn onder ‘Counseling’ het volgende bepaald.

“Vrouwen met een sectio in de voorgeschiedenis en een ongecompliceerde huidige zwangerschap zonder contra-indicaties voor een vaginale baring zouden voorgelicht moeten worden over de manier van bevallen. De risico's van een ‘trial of labour (TOL)’, inclusief de kans op een secundaire sectio, moeten worden afgewogen tegen de risico's van een electieve repeat sectio en moeten worden toegespitst op de situatie van de patiënt. Tevens kan besproken worden of patiënte in de toekomst nog meer kinderen wenst, gezien de toename van risico's bij meerdere sectio's in de voorgeschiedenis. Het begrip counseling houdt in dat beide opties open zijn. Angst voor een vaginale partus is echter een slechte reden voor een sectio, die immers ook niet zonder directe of toekomstige risico's is. Goede voorlichting door de arts is dus cruciaal. Duidelijke afspraken kunnen angst beperken. De beslissing moet gedocumenteerd worden en bij voorkeur voor een zwangerschapsduur van 37 weken. De volgende risico's worden afgewogen en besproken:

- a. *kans op een geslaagde vaginale bevalling na een trial of labour*
- b. *kans op een uterusruptuur*
- c. *verhoogde kans op uterusruptuur als weeënstimulerende middelen worden gebruikt*
- d. *een algemene discussie over risico's en voordelen van een sectio*
- e. *informereren naar een eventuele wens tot een volgende zwangerschap en dit in de beslissing laten meewegen*
- f. *risico op een placenta praevia en/of accreta in een volgende zwangerschap indien primaire sectio wordt overwogen*
- g. *beleid als patiënte eerder in partu komt dan de geplande datum van een ERCS (college: Electieve herhaalde keizersnede).”*

Beoordeling van de klacht

Klachtonderdeel 1.

6.7 Als vaststaand kan worden aangenomen dat onder de vermelding ‘*proefbaring*’ in de beroepsgroep van gynaecologen algemeen werd (en wordt) verstaan dat uitgangspunt is dat de patiënte vaginaal kan bevallen, mits de conditie van moeder en kind goed blijven en dit toelaten. Onder ‘*na counseling*’ werd (en wordt) door de beroepsgroep in het algemeen verstaan dat aan de patiënte die informatie is gegeven die voor haar en in haar situatie relevant is.

6.8 Beide partijen hebben aangegeven dat tijdens het consult op 14 oktober 2015 is besproken dat klaagster in principe vaginaal zou bevallen en er een kans van ongeveer 80% zou zijn op een geslaagde vaginale bevalling. Partijen verschillen evenmin erover van mening dat verweerder klagers niet heeft voorgelicht over de risico’s en voordelen van een keizersnede en dat hij geen schriftelijke informatie aan klagers heeft meegegeven.

6.9 Daarentegen verschillen partijen erover van mening of verweerder de kans op een uterusruptuur met klagers heeft besproken. Verweerder heeft ten aanzien daarvan gesteld dat hij altijd besprak dat er een kans van 1% is dat het litteken open gaat bij eigen weeën en dat hij ook tijdens het gesprek van 14 oktober 2015 deze informatie zal hebben gegeven. Dit wordt door klagers betwist.

6.10 In het COG-rapport (hierna: rapport) staat op pagina 5 hierover het volgende:
“Vader (college: klager) herinnert zich daarbij dat er gesproken is over scheuren van de baarmoeder bij het litteken, en dat dit de reden is voor een klinische bevalling. Gynaecoloog 1 (college: verweerder) meent te herinneren (omdat hij gewend is dit altijd te bespreken) dat hij verteld heeft dat de kans op een scheuring (ruptuur) van de baarmoeder ongeveer 1% is.”

6.11 Ter zitting hebben klagers gesteld dat deze verslaglegging in het rapport niet correct is. Gelet op de gedetailleerdheid van de verklaring van klager, de wijze van totstandkoming van de definitieve versie van het rapport en de tijd die inmiddels is verstreken, zal het college desondanks uitgaan van de juistheid van dit gedeelte van het rapport. Dit betekent dat het college als vaststaand aanneemt dat verweerder met klagers heeft gesproken over de kans op een uterusruptuur.

6.12 Op grond van de NVOG-richtlijn, punt d, had verweerder de risico’s en voordelen van een keizersnede met klagers moeten bespreken. Omdat verweerder klagers hierover niet heeft

H2021/3330

voorgelicht en hij geen schriftelijke informatie heeft meegegeven, heeft hij niet voldaan aan zijn informatieplicht. Klachtonderdeel 1 is derhalve gegrond.

Klachtonderdeel 2.

6.13 Zoals hiervoor onder 6.7 overwogen, werd onder de term '*proefbaring na counseling*' die verweerder in het medisch dossier van klagster heeft genoteerd, in het algemeen verstaan dat aan een patiënte de voor haar en in haar situatie relevante informatie was gegeven en zij vaginaal kon bevallen, mits haar conditie en die van het kind goed bleven en dit toelieten.

6.14 Gezien het voorgaande acht het college de verslaglegging destijds door verweerder voldoende. Voor de overige bij de zorg aan klagster betrokken zorgverleners was immers duidelijk wat met de notitie werd bedoeld. Zoals verweerder zelf heeft aangegeven, was het wellicht beter geweest als hij meer had genoteerd. Bij de tuchtrechtelijke beoordeling van beroepsmatig handelen gaat het echter niet om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of verweerder binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdend met hetgeen toen in zijn beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard. Dit klachtonderdeel is daarom ongegrond.

Klachtonderdeel 3.

6.15 Ter zitting is gebleken dat klagers met een 'bevallingsplan' een behandelplan met betrekking tot de bevalling bedoelen, waarin de verschillende keuzes waarvoor klagster tijdens de bevalling kon komen te staan waren vastgelegd, zoals pijnstilling en bij-stimulatie van de weeën.

6.16 Op grond van de NVOG-richtlijn had verweerder met klagster voor een zwangerschapsduur van 37 weken de risico's van weeënstimulerende middelen dienen te bespreken (punt c. van de NVOG-richtlijn). Nu vaststaat dat verweerder dit niet met klagers heeft besproken, is dit klachtonderdeel gegrond voor zover het ziet op het geven van voorlichting over het gebruik van weeënstimulerende middelen.

6.17 Voor zover het verwijt ziet op de overige afspraken voor (eventuele) pijnstilling, geldt dat dit ter beoordeling hoort van de behandelend zorgverlener op het moment van bevallen. Het was daarom niet aan verweerder om met klagster haar keuze voor (een wijze van) eventuele pijnstilling te bespreken. Voor zover dit klachtonderdeel daar op ziet, is dit

ongegrond.

De verwijten van organisatorische aard.

6.18 Een handelen of nalaten dient de zorgverlener persoonlijk te kunnen worden aangerekend om tuchtrechtelijk verwijtbaar te zijn. Niet gebleken is dat de verwijten van organisatorische aard verweerder persoonlijk kunnen worden aangerekend. Daar komt bij dat een groot deel van deze verwijten komt uit het COG-rapport. De COG beoordeelt een keten van zorghandelingen in het licht van de calamiteit die heeft plaatsgevonden. Het college beoordeelt individueel handelen van de aangeklaagde zorgverlener. Daarom alleen al kan het enkele feit dat het COG-rapport naar deze veronderstelde omissies verwijst, niet zonder meer leiden tot gegrondverklaring van een daarop betrekking hebbende tuchtklacht. Meer feiten, bijvoorbeeld over de rol van verweerder als lid van de maatschap of vakgroep bij (gebreken in) de perinatale zorg, zijn niet gesteld. Daarom acht het college deze klachten ongegrond.

De maatregel

6.19 Nu de klachtonderdelen 1 en 3 (gedeeltelijk) gegrond zijn, zal het college beoordelen of er een maatregel aan verweerder zal worden opgelegd en zo ja, welke maatregel.

6.20 In Nederland is de counseling van een zwangere vrouw gericht op een vaginale bevalling en wordt een zo laag mogelijk percentage keizersneden nagestreefd. Hoewel in de NVOG-richtlijn was bepaald dat een patiënte moest worden voorgelicht over de risico's en voordelen van een sectio, was het destijds niet gebruikelijk om dat te doen. In de gevallen waarin het verantwoord was om te beginnen met een vaginale bevalling (ongeveer vier van de vijf patiëntes), werd met de patiënte doorgaans niet gesproken over een keizersnede (zie de SIMPLE-studie (Sectio IMPLementatie Studie); onderzoek naar zwangerschap na een eerdere keizersnede). Ook bij klaagster was de situatie zodanig dat het verantwoord was te beginnen met een vaginale baring.

6.21 Ondanks dat verweerder klaagster niet over alle punten uit de NVOG-richtlijn heeft voorgelicht, zal het college hem daarom geen maatregel opleggen. Daarbij heeft het college ook meegewogen dat verweerder inmiddels niet meer BIG-geregistreerd is als gynaecoloog.

De kostenveroordeling

H2021/3330

6.22 Sinds 1 april 2019 kan het college in geval van een geheel of gedeeltelijk gegronde klacht met oplegging van een maatregel beslissen dat de aangeklaagde partij de kosten dient te vergoeden die de klagende partij in verband met de behandeling van de klacht redelijkerwijs heeft moeten maken. Van oplegging van een maatregel is in dit geval geen sprake, zodat om die reden het verzoek van klagers om een kostenveroordeling dient te worden afgewezen.

7. De beslissing

Het college:

- verklaart de klachtonderdelen 1 en 3 (gedeeltelijk) gegrond;
- legt hiervoor aan verweerder geen maatregel op;
- verklaart de overige klachtonderdelen ongegrond;
- wijst het verzoek om kostenveroordeling af.

Aldus beslist door K.A.J.C.M. Berg Jeths van Meerwijk, voorzitter, E.P. van Unen, lid-jurist, P.F. Boekkooi, S. Veersema en J.M. Burggraaff, leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van M. van der Hart, secretaris, en uitgesproken op 13 juni 2022 in aanwezigheid van de secretaris.